

Année 1958

N°

659

T H E S E

pour

le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

T H O C Q U E N N E Jean Claude

Interne de l'Hôpital de St-Cloud

né le 12 Août 1927 à ROYE (Somme)

T E C H N I Q U E E T R E S U L T A T S
D E S C U R E S D E D E S I N T O X I C A T I O N A L C O O L I Q U E
D A N S U N S E R V I C E D E M E D E C I N E G E N E R A L E

Présentée et soutenue publiquement le:

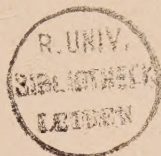
Président de Thèse: Monsieur le Professeur MICHAUX

Nom du candidat: T H O C Q U E N N E

Prénoms : Jean Claude

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :



1

THOCQUENNE Jean, Claude
Technique et Résultats des cures de
désintoxication alcoolique dans un
Service de Médecine Générale.
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 15 pages
Edition A.G.E.M.P. 1958

2

THOCQUENNE Jean, Claude
Technique et Résultats des cures de
désintoxication alcoolique dans un
Service de Médecine Générale.
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 15 pages
Edition A.G.E.M.P. 1958

3

THOCQUENNE Jean, Claude
Technique et Résultats des cures de
désintoxication alcoolique dans un
Service de Médecine Générale.
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 15 pages
Edition A.G.E.M.P. 1958

4

THOCQUENNE Jean, Claude
Technique et Résultats des cures de
désintoxication alcoolique dans un
Service de Médecine Générale.
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 15 pages
Edition A.G.E.M.P. 1958

Année 1958

N°

T H E S E

pour

le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

T H O C Q U E N N E Jean Claude

Interne de l'Hôpital de St-Cloud

né le 12 Août 1927 à ROYE (Somme)

T E C H N I Q U E E T R E S U L T A T S
D E S C U R E S D E D E S I N T O X I C A T I O N A L C O O L I Q U E
D A N S U N S E R V I C E D E M E D E C I N E G E N E R A L E

Présentée et soutenue publiquement le:

Président de Thèse: Monsieur le Professeur MICHAUX

PROFESSEURS HONORAIRES :

Bénard H., Brocq P., Bulliard H., Cadenat F., Carnot P., Chabrol Et., Champy C.,
vassu M., Debré R., Delbet P., Donzelot E., Gastinel P., Guillaïn G., Halphen E.,
vier P., Laroche G., Laubry Ch., Lemaître F., Lévy-Solal E., Lhermitte J., Lian C.,
per M., Marion G., Mathieu P., Mocquot P., Monder H., Mulon P., Olivier E.,
het Ch., Sannié Ch., Sézary A., Tanon L., Velter E.,

DOYEN Léon BINET *Membre de l'Institut*
ASSESEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

tomie		MM.
tomie pathologique		CORDIER G.
tériologie		DELARUE A.
chimie médicale		FASQUELLE R.
logie appliquée à l'Education physique et aux Sports		JAYLE M.F.
logie médicale		CHAILLEY-BERT P.
cérologie médicale et sociale		FAUVERT R.
nique de cardiologie		BERNARD J.
		MOUQUIN M.
		SICARD A.
niques chirurgicales	{ Beaujon	QUENU J.
	{ Cochin	MENEGAUX G.
	{ Hôtel Dieu	MOULONGUET P.
	{ Salpêtrière	MERLE D'AUBIGNE R.
nique chirurgicale réparatrice et orthopédique		GAUDART D'ALLAINES F.
nique de chirurgie cardio-vasculaire		FEVRE M.
nique de chirurgie infantile et orthopédie		MONOD R.
nique de chirurgie pleuro-pulmonaire		FUNCK-BRENTANO P.
nique gynécologique		DEGOS R.
nique des maladies cutanées et syphilitiques		CATHALA J.
nique des maladies des enfants		MOLLARET P.
nique des maladies infectieuses		DELAY J.
nique des maladies mentales et de l'encéphale		HAMBURGER J.
nique des maladies métaboliques		CHEVALLIER P.
nique des maladies du sang		ALAJOUANINE T.
nique des maladies du système nerveux		JUSTIN-BESANCON L.
	{ Bichat	DE GENNES L.
niques médicales	{ Broussais	MOREAU R.
	{ Cochin	BARIETY M.
	{ Hôtel Dieu	DEBRAY C.
nique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		PASTEUR
nique médicale propédeutique		VALLÉRY-RADOT L.
nique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutr.		BOULIN R.
nique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS D.
niques obstétricales	{ Baudelocque	LACOMME M.
	{ Port-Royal	VARANGOT J.
nique d'obstétrique et de gynécologie		LANTUEJOL P.
nique ophtalmologique		RENARD G.
nique oto-rhino-laryngologique		AUBIN A.
nique de pneumo-phthisiologie		BERNARD E.
nique psychiatrique infantile		HEUYER C.
nique de puériculture		LELONG M.
nique rhumatologique médicale et sociale		COSTE F.
nique stomatologique		DECHAUME M.
nique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE J.
nique thérapeutique médicale		LEMAIRE A.
nique urologique		FEY B.
ryologie		GIROUD A.
étique médicale		LAMY M.
toire de la médecine et de la chirurgie		SOULIE P.
tologie		VERNE J.
ienne et clinique de la première enfance		TURPIN R.
ienne et médecine préventive		JOANNON C.
ecine légale		PIEDELIEVRE R.
ecine du Travail		DESOLLE H.
asitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD H.
hologie chirurgicale		COUVELAIRE R.
hologie exotique		LAVIER G.
hologie expérimentale et comparée		LENEGRE J.
hologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à titre pers.)		MERKLEN F.
hologie médicale		DECOURT J.
hologie et thérapeutique générales		GARCIN J.
iatricie sociale		MARIE J.
rmacologie et matière médicale		HAZARD R.
sico-chimie médicale (chaire à titre personnel)		DOGNON A.
siologie		BINET L.
sique médicale		STROHL A.
siologie médicale		DESGREZ H.
hnique chirurgicale		PATEL J.
rapeutique		BROUET G.

A Monsieur le Professeur L.MICHAUX

Professeur de la chaire de psychiatrie infantile

Médecin des Hôpitaux

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

En témoignage de respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547106_0043

A Monsieur le Docteur L. Louvet

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin Chef de l'Hôpital de Saint-Cloud

qui a bien voulu nous prendre comme interne

En témoignage de sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur R.M. HAAS

Ancien Interne des Hôpitaux psychiatriques
Médecin de l'Hôpital Saint-Cloud

Qui nous a inspiré cette thèse

Nous voudrions lui exprimer notre
reconnaissance pour tout ce qu'il nous a appris
avec sa bienveillance habituelle.

A Monsieur le Docteur L. AUBLANT

Membre de l'Académie de Médecine
Secrétaire Général de l'Institut Pasteur

qui a bien voulu s'intéresser à notre travail

En témoignage de profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Noël PERON

Médecin des Hôpitaux

Nous voulons le remercier de son
aimable accueil.

Depuis plusieurs années, le problème de l'alcoolisme et de son traitement est très à l'ordre du jour. La découverte du disulfirame a suscité un grand intérêt. Des notions nouvelles sont nées, concernant particulièrement l'homme alcoolique...

Ces acquisitions se trouvent synthétisées pour le médecin généraliste dans la cure de désintoxication. Et nous voudrions rapporter la technique et les résultats des cures réalisées par le Docteur R-M. HAAS dans le cadre d'un service de médecine générale de la périphérie de Paris depuis quatre ans.

I

TECHNIQUE DE LA CURE

PRECURE

C'est la période de sevrage.

Le traitement comporte essentiellement l'administration d'un neuroleptique, la réserpine, à doses psychiatriques, par exemple 3 cés à 0,001 g, plus rarement par voie parentérale chez un sujet trémulant, subconfus. Sous le couvert de ce tranquillisant le sevrage ne présente pas de difficultés.

Il n'était pas exceptionnel qu'un délirium tremens survienne après l'entrée. L'alcool intra-veineux, la vitaminothérapie ont été utilisés. Mais cette éventualité est beaucoup moins à craindre avec l'emploi du serpasil qui semble surtout intéressant comme préventif. Sans doute son action sur les centres végétatifs empêche-t-elle de se manifester les modifications biologiques du delirium tremens.

Cette période est mise à profit pour pratiquer des examens cliniques, biologiques et radiologiques qui permettraient de découvrir une maladie en évolution, tuberculose pulmonaire notamment, ou une tare organique grave contraindiquant la cure ; ils précisent le degré d'insuffisance hépatique éventuellement ou une atteinte polynévritique.

Cette période de précure est capitale au point de vue psychologique.

Le malade se trouve dans des conditions nouvelles. Privé d'alcool, il se désintoxique ; sous l'influence d'un tranquillisant, il se repose.

Surtout il est dans un milieu différent où d'autres idées ont cours, où il peut entrevoir une façon différente de vivre. Le grand avantage de la cure hospitalière est de permettre la rupture avec les habitudes antérieures, la cure de désintoxication étant avant tout une cure de déconditionnement.

Chaque matin la secrétaire du service remet au malade une lettre polycopiée. Ces lettres sont inspirées directement de celles du Docteur Pierre FOUQUET (§). Les premières lettres parlent plus particulièrement des troubles dus à la "maladie alcoolique". Le médecin au cours d'entretiens individuels dirige la psychothérapie.

Dans ces conditions favorables, le malade prend nettement conscience de "son cas", des ses difficultés liées à l'intoxication alcoolique. On peut dire que c'est vraiment à ce moment qu'il accepte la cure avec le désir de coopérer activement à sa guérison.

Un certain nombre de malades présentent pendant plusieurs jours après l'entrée un état de subconfusion. La nécessité d'une période préparatoire apparaît pour eux plus nécessaire encore.

D'autres malades admis d'urgence à l'hôpital pour delirium tremens, sont soumis à la psychothérapie lorsqu'ils sont réintégrés en salle après la guérison d'un accès qui témoignait d'une longue imprégnation ; ils peuvent alors choisir de se faire désintoxiquer.

§ : Une thérapeutique de l'alcoolisme - Pierre FOUQUET et Jean CLAVREUL - Presses universitaires.

LA CURE

Trois mots la résument : apomorphine, espéral, et psychothérapie.

Chaque jour pendant trois jours on pratique cinq injections d'apomorphine. La dose utilisée à chaque injection est d'une ampoule à 0,01 g en moyenne. Immédiatement après chacune d'elles, le malade prend un verre de sa boisson favorite. Il en résulte des vomissements. Commencées au début de la matinée, les injections sont terminées au cours de l'après-midi, permettant au malade de dîner.

Il ne s'agit pas au sens précis du terme de créer un réflexe conditionné de vomissement. (On connaît les inconvénients de cette méthode historique : réflexe long à créer, valable pour une seule substance et qui disparaît rapidement s'il n'est pas entretenu.) Il s'agit plus simplement en provoquant le vomissement du toxique de susciter une sensation de dégoût pour la boisson alcoolisée dans le cadre général d'une thérapeutique de déconditionnement. En réalité ces épreuves peuvent laisser un souvenir profond. Beaucoup de malades, de même que l'infirmière du service ne peuvent plus voir le vin en sortant de l'hôpital. Nous croyons à la valeur de la cuvette remplie de liquide vomi, que le malade garde plusieurs heures au chevet de son lit. En particulier chez les sujets frustrés dont l'intoxication est peu intellectualisée, la cure de dégoût joue sans doute un rôle déterminant pour la guérison. On a reproché à cette méthode d'être barbare. Il convient de demander l'avis des malades. Si certains se plaignent du caractère pénible de ce traitement, ils n'en sont pas moins reconnaissants et pensent qu'ils ont été bien soignés.

Au lendemain de la cure par l'apomorphine, on donne chaque matin du disulfirame à la dose de deux comprimés à 0,50 g les trois premiers jours, 1 cé $\frac{1}{2}$ les trois jours suivants, 1 cé pendant trois jours puis $\frac{1}{2}$ cé. Des épreuves sont pratiquées les 4ème, 7ème, 10ème et 13ème jour qui déclenchent les réactions vaso-motrices caractéristiques et mettent en évidence la sensibilité à l'alcool.

- Cas particulier des gastrectomisés et des tuberculeux pulmonaires. Les gastrectomisés réagissent le plus souvent à l'apomorphine. Chez les tuberculeux qui fréquemment ont suivi un traitement

de façon irrégulière, on peut se trouver en présence de lésions à la limite de l'évolutivité. Si la cure de dégoût par l'apomorphine ne pose guère de problèmes on peut craindre les réactions vaso-motrices provoquées par le disulfirame, le risque d'hémoptysie ; mais il faut surtout penser au bénéfice que le malade pourra retirer de la cure et à son influence heureuse sur la cicatrisation des lésions pulmonaires.

Psychothérapie

La psychothérapie est une partie importante du traitement. Il nous semble intéressant d'en énumérer les possibilités dans un service de médecine générale.

La cure hospitalière permet la rupture complète avec les habitudes antérieures, le changement de milieu rendant plus facile le déconditionnement du malade à l'alcool.

Dans une salle de médecine générale l'alcoolique en cure, a souvent pour voisin un cirrhotique dont l'ascite nécessite des ponctions fréquentes ; on a souligné l'intérêt d'un choc psychologique. Mais l'éthylique peut retirer des avantages plus positifs de la collectivité dans laquelle il se trouve. Il est entouré de malades présentant des affections diverses et parmi eux il doit avoir l'impression d'être un malade comme les autres. De plus il se trouve dans des conditions favorables pour sortir de l'isolement où l'avaient placé les troubles engendrés par l'intoxication, pour reprendre contact avec la société.

Chaque semaine d'anciens "buveurs guéris" viennent voir les malades en cure : leur visite constitue certainement une excellente psychothérapie. Les alcooliques sont victimes de l'épithète que l'on a placée sur eux pour toujours... Les buveurs guéris sont des exemples vivants ; ils montrent par leur seule présence qu'un alcoolique peut guérir.

Les lettres polycopiées que le malade reçoit chaque matin, s'efforcent d'expliquer le traitement de donner une définition de la maladie, intolérance à l'alcool, et d'en tirer les conséquences : abstinence absolue ; elles ont pour but d'autre part d'apporter un antidote aux idées fausses répandues dans l'opinion.

L'évolution psychologique du malade est encouragée par le médecin qui attire son attention sur les points importants, l'invite à participer activement au traitement en demandant des éclaircissements sur les questions qui le préoccupent, en écrivant l'histoire de sa vie avec les événements

qui l'ont fortement affecté.

Des renseignements complémentaires sont apportés au médecin par la conversation qu'il a avec la femme de l'intéressé, toujours convoquée avant la fin de la cure. Cette convocation a surtout pour but de préparer la sortie du buveur, en demandant à la femme d'abandonner une attitude de reproches, de surveillance qui a fait la preuve de son inefficacité et qui serait un obstacle à la guérison, mais de faire confiance à un mari retrouvé. On précise que le malade devra prendre lui-même son demi comprimé d'espéral, que l'alcoolisme est une maladie susceptible de rechutes guérissables...

Pendant les derniers jours d'une hospitalisation qui dure généralement trois semaines, le médecin responsable de la cure a un entretien individuel prolongé avec le malade dont il a alors une bonne connaissance grâce aux renseignements cliniques, biologiques, médico-sociaux, auxquels s'ajoutent ceux retirés de la lecture de l'autobiographie. On fait alors le point des difficultés qu'éprouvait le malade avant la cure. Très souvent celui-ci s'apercevra avec le médecin qu'elles avaient été démesurément grossies par l'alcool, qu'elles ne sont aucunement insurmontables. Certaines difficultés ont disparu le jour où le malade a accepté la cure : menace de licenciement de la part de l'employeur, poursuites judiciaires, menaces du conjoint... Dans certains cas des mesures d'ordre médico-social doivent être prises : réintégration, reclassement... Quoiqu'il en soit le malade est transformé et, avec la santé, il a retrouvé le goût de vivre.

Les malades présentant des troubles psychiatriques sous-jacents à l'intoxication sont confiés au spécialiste.

Au moment de la sortie, on rappelle au malade la condition nécessaire de la "guérison" : abstinence absolue de toute boisson alcoolisée sous peine de reprendre des habitudes de consommation abusive ; on lui recommande vivement d'adhérer à un mouvement d'anciens buveurs guéris (qui sont passés par les mêmes difficultés) et on prescrit de prendre chaque matin un demi-comprimé d'espéral qui apportera au nouvel abstinant une aide précieuse pendant le reste de la journée.

Il n'est pas donné de convalescence ; l'état général est amélioré ; la reprise du travail est souhaitable du point de vue psychologique.

POST CURE

Le malade est convoqué un mois après la fin de la cure, puis à des intervalles variables, de un à six mois, suivant les constatations faites lors du précédent examen.

Les consultations de post cure permettent de suivre les bons résultats du traitement, reprise de l'appétit, du poids, disparition du besoin d'alcool, des troubles du sommeil... Elles permettent d'aider le buveur durant sa convalescence.

C'est l'interrogatoire qui vérifie si le sujet continue à prendre du disulfirame et demeure abstinant. On n'a qu'exceptionnellement recours aux épreuves. L'arrêt de l'espéral par le malade, de sa propre initiative est considéré comme une erreur grave. Beaucoup de malades qui arrêtent précocement l'espéral rechutent peu de temps après. Nous pensons que, sauf cas exceptionnels, l'espéral doit être continué pendant un an au minimum et que le plus longtemps est le mieux.

Il faut souligner que les malades indociles sont le plus souvent de bonne foi : ils pensaient qu'ils n'avaient plus besoin de l'aide de l'espéral pour demeurer abstinents ou bien ils se sentaient guéris et un verre de vin aux deux principaux repas ne pouvait pas leur faire de mal...

On voit l'intérêt des consultations de post-cure, la nécessité de poursuivre la psychothérapie.

II

ETIOLOGIE - CLINIQUE - RESULTATS

Un peu plus de cent alcooliques-hommes ont été désintoxiqués dans le service pendant les quatre dernières années. Nous avons revu 100 observations. Leur nombre limité, le fait qu'elles sont parfois succinctes, surtout qu'elles ne sont pas comparables quant aux renseignements médico-sociaux qu'elles apportent, ne permet pas de faire une étude statistique valable (§). Nous voudrions simplement à propos de ces cent observations, évoquer l'étiologie et les aspects cliniques les plus fréquents avant de rapporter les résultats.

ETIOLOGIE

Antécédents psychiâtriques - Il faut d'abord souligner le faible pourcentage de malades possédant des antécédents psychiâtriques ayant précédé l'apparition des signes d'intoxication éthylique, ou présentant un état névropathique sous-jacent à l'intoxication pour lequel un diagnostic ait été porté (9 sur 100).

Causes de l'intoxication-

En dehors des facteurs psychopathologiques, différents facteurs psychologiques ont été proposés pour expliquer le passage de l'alcoolophilie normale à l'alcoolomanie : l'imitation correspondant aux facteurs sociologiques, la dérivation, la compensation, l'auto-agressivité. Il semble bien que dans la plupart des cas, le facteur déterminant soit celui de l'entraînement social. Sollicité de boire de l'alcool à tout moment et sous tous les prétextes, encouragé par les préjugés souvent rappelés avec complaisance, suggestionné par la publicité, on conçoit facilement qu'on en arrive à consommer de façon habituelle des quantités abusives d'alcool. Beaucoup ne le supportent pas très longtemps.

Des conditions de logement insuffisantes peuvent jouer un rôle favorisant : elles sont trouvées dans une observation sur cinq environ.

§ : Une importante étude, 2000 observations, a été faite dans le service du Dr Lereboullet. Thèse de Michel Mao -1957-

Des conditions de vie défavorables pendant l'enfance, en gênant le développement psycho-moteur, peuvent avoir provoqué un certain degré d'arriération affective, avoir rendu certains sujets plus suggestibles. Notons qu'environ quinze pour cent des malades ont été orphelins avant la puberté.

Durée d'imprégnation - La durée d'imprégnation abusive est généralement longue. La longueur de la période d'imprégnation est suggérée par l'âge moyen des malades : 44 ans. On la trouve à l'interrogatoire, à la lecture de l'autobiographie. Précisons que dans nombre de cas, les habitudes d'intempérance ont commencé pendant le service militaire ; remarquons que si les conditions de vie nouvelles que la jeune recrue trouve à l'armée sont favorables à une alcoolisation intensive, elles seraient également favorables pour une information objective sur l'alcoolisme.

La durée d'imprégnation peut être relativement courte. (on peut en rapprocher le fait qu'il a suffi de quelques années d'une nouvelle imprégnation après la guerre pour voir réapparaître nombreuses les cirrhoses dans les services parisiens) Ce peut être à l'occasion d'un changement d'emploi, de milieu, une augmentation de la consommation habituelle. Dans d'autre cas il s'agit d'un alcoolisme réactionnel à une déception.

Il faut bien distinguer le début de la période d'imprégnation abusive de la date d'apparition des phénomènes d'intolérance. Tel malade, ou son entourage, dira que c'est surtout depuis tel événement malheureux qu'il s'est mis à boire alors qu'en réalité cet événement a marqué l'apparition des phénomènes d'intolérance (faux alcoolisme réactionnel).

Facteurs d'intolérance -

Beaucoup de sujets demeurant tolérants alors que d'autres deviennent intolérants. Des facteurs accidentels tel un traumatisme affectif, une maladie anergisante peuvent être responsables de la chute de tolérance à l'alcool. Deux antécédents sont manifestement importants : ce sont les gastrectomies et les traumatismes craniens (5 et 6 malades sur 100).

Nature et quantité des boissons alcoolisées -

Les diverses boissons utilisées sont l'image de la production nationale. On a souligné la prédominance de l'intoxication par le vin. Les quantités avouées sont assez variables selon la date de l'interrogatoire. A l'entrée les malades ont tendance à minimiser leur consommation. Ceux qui ont dit ne boire que du vin rouge ont reconnu au début de l'hospitalisation une quantité proche de 2,5 l en moyenne. Des chiffres astronomiques sont souvent avancés par d'anciens buveurs devenus abstinents.

SIGNES CLINIQUES

Les manifestations pathologiques présentées par les malades hospitalisés pour cure de désintoxication éthyliques sont multiples.

Troubles de l'état général -

La plupart des malades se plaignent d'asthénie. Dans un nombre de cas difficile à déterminer, cette asthénie est associée à un amaigrissement.

Troubles digestifs -

Ceux-ci sont fréquents ; la moitié des malades s'en plaignent. Ils sont à type de gastrite, à type de " petite insuffisance hépatique " consistant en brûlures épigastriques, pituites matinales, anorexie élective pour les graisses ou globale ; la disparition du petit déjeuner est souvent remarquée. Dans d'autres cas, il s'agit de troubles dyspeptiques vagues.

Les examens complémentaires hépatiques montrent souvent des anomalies. La constante biologique la plus fréquemment modifiée est le taux de prothrombine, inférieur à 80 % chez 40 malades sur 100, compris entre 50 et 60 % chez quatre d'entre eux.

Manifestations neuro-psychiques -

Les troubles neuro-psychiques sont quasi constants, le plus souvent intenses et douloureusement ressentis par les malades.

- Parmi les troubles nerveux, les troubles du sommeil, insomnie surtout, cauchemars sont les plus fréquemment notés. Ensuite viennent les névralgies, crampes dans les mollets en particulier, les céphalées, les tremblements intenses associés à la dyspraxie...

Quelques malades (5 sur 100) ont présenté dans les quelques semaines ou années ayant précédé la cure, des pertes de connaissance ou des crises d'épilepsie généralisées typiques, alors qu'aucune manifestation épileptique n'avait été observée auparavant. Les E.E.G. pratiqués ont montré un aspect normal.

Plusieurs malades ont été hospitalisés pour delirium tremens (8 sur 100) ou présentaient à l'entrée un état de confusion. Des antécédents de délire alcooliques sont notés dans six observations. Il s'agit, souvent des mêmes malades.

L'examen clinique a montré chez certains des signes de début de polynévrite (4 sur 100) ou des signes de névrite rétrobulbaire (4 fois).

Une impuissance partielle ou totale est notée dans six observations ; les malades s'en plaignent surtout pendant les consultations de post cure ; ces troubles ne régressent qu'au bout de plusieurs mois en général.

On ne peut énumérer les symptômes de l'éthylisme chronique sans mentionner " le besoin d'alcool " Remarquons que les troubles cénesthésiques acquis après une longue imprégnation, empêchent le malade, en même temps que des motifs psychologiques, de suivre les conseils de tempérance que n'a pas manqué de lui donner son médecin traitant.

- Les modifications du caractère, irritabilité notamment...sont habituelles, de même que les troubles de l'humeur, dépression le plus souvent. Le polymorphisme des troubles psychiques observés est grand. Lorsqu'il a été traité, un malade ne pouvait plus depuis trois ans emprunter le pont de St Cloud à pied ou en bicyclette ; abstinent depuis plus d'un an, il est guéri de son agoraphobie.

Névrose alcoolique acquise -

Ainsi l'alcoolique offre l'image d'un homme diminué dans ses capacités, modifié dans son caractère. On imagine l'attitude de réprobation de ceux qui l'entourent, l'atmosphère de conflit qui en résulte.

Les conflits dans le milieu familial sont quasi constants. Ils s'expliquent facilement. Il n'est pas besoin d'ajouter les ivresses tardives, les difficultés financières. En fait le malade est discret lorsqu'on l'interroge à ce sujet au début de l'hospitalisation. Il lui arrive de répondre que tout va bien alors que sa femme, l'assistante sociale décrivent une atmosphère intolérable. Moins fréquents semblent les conflits dans le milieu du travail. Mais l'asthénie, la maladresse entraînent une baisse du rendement professionnel ; des disputes violentes des ivresses trop fréquentes, l'absentéisme ne manquent pas de retenir l'attention. Plusieurs malades étaient menacés de licenciement ou venaient d'être licenciés lorsqu'ils sont entrés dans le service.

Comme en témoignent les anciens buveurs guéris et contrairement à ce que l'on veut souvent croire, l'alcoolique n'est pas inconscient de ses difficultés, de son état d'infériorité, de sa solitude. Dans ses moments de lucidité, il a "envie d'en sortir ". Mais prisonnier de sa toxicomanie, il est aussi prisonnier de l'isolement où l'ont placé les troubles engendrés par l'intoxication.

L'isolement, l'inadaptation sociale sont les conséquences de la situation névrotique dans laquelle se trouve l'alcoolomane intolérant.

RESULTATS

Le critère du succès de la cure ne peut être que l'abstinence. On comprend parmi les bons résultats les malades toujours suivis à la consultation qui après de petites rechutes, ont accepté la reprise de l'espéral et l'arrêt de toute boisson alcoolisée.

Le pourcentage des bons résultats constatés est voisin de 60 % entre six mois et un an. Il est aux environs de 50 % entre un an et deux ans.

Plus on s'éloigne dans le temps, plus nombreux sont les malades dont on n'a pas de nouvelles.

On peut remarquer que les rechutes graves ne sont pas forcément d'un mauvais pronostic. Plusieurs malades traités pour la première fois il y a trois ou quatre ans, sont maintenant abstinents après avoir subi une ou deux nouvelles cures.

Notons que plus de 80 % des malades hospitalisés en 1957 ont été revus abstinents pendant le trimestre qui a suivi la cure. Pour consolider les résultats acquis, un service social actif est en cours d'organisation.

III

CONCLUSIONS

L'alcoolique - Type habituel-

La plupart des alcooliques admis dans le service pour cure de désintoxication n'appartiennent pas précisément aux deux catégories classiques de Dublineau : buveurs psychopathes chez qui l'alcool exagère les troubles, buveurs tolérants dont l'alcoolisme se manifeste tardivement par une polynévrite, une cirrhose. Ils ne semblent pas présenter le plus souvent de tares psychiques graves antérieures à l'intoxication ; on peut dire qu'ils se trouvent situés dans les limites de la normale ou que ce sont des paranormaux. Par ailleurs ils ne sont pas atteints d'une lésion organique irréversible.

Ces buveurs, réputés toujours tolérants, n'en présentent pas moins des troubles multiples. Ils se plaignent de troubles généraux, de troubles digestifs, de troubles nerveux surtout... L'intoxication et les troubles qui en résultent ont un retentissement profond sur l'état mental de ces sujets, modifient leur comportement et les isolent progressivement de leur entourage. Ils deviennent des inadaptés. On doit souligner l'importance de la névrose alcoolique acquise.

Parmi les facteurs psychologiques (en l'absence de facteurs psychopathologiques) expliquant le passage de l'alcoolophilie à l'alcoolomanie, nous pensons que, le plus souvent, le facteur déterminant est celui de l'entraînement social. Notons que pour beaucoup les habitudes d'intempérance ont commencé à l'armée.

Absence d'antécédents psychiâtriques, alcoolisme d'entraînement, multiplicité des troubles, importance des troubles névrotiques acquis, tels nous semblent être les traits qui caractérisent la plupart des malades hospitalisés dans un service de médecine générale pour cure de désintoxication.

Sans doute ces malades sont-ils plus nombreux avec l'augmentation de la consommation d'alcool, sans doute leurs troubles prennent-ils plus facilement naissance dans les conditions de vie actuelles et prêt-t-on plus d'attention aux manifestations de l'alcoolisme, en attachant plus d'importance au critère de l'inadaptation sociale, en particulier

dans le milieu du travail.

Ce qui est capital, c'est que ces malades sont récupérables. La cure leur apporte un remède efficace. On peut dire paradoxalement que dans une population qui s'alcoolise de plus en plus, le " qui a bu, boira " devient de moins en moins vrai.

Technique de la cure

La notion de déconditionnement prime celle de désintoxication.

Nous avons montré l'importance de la précure du point de vue psychologique. C'est pendant les premiers jours de l'hospitalisation que le malade devient vraiment volontaire pour la cure.

Nous avons insisté sur l'intérêt du serpasil pendant cette période en tant que tranquillisant, comme préventif du delirium tremens.

Nous avons dit l'intérêt de faire précéder le traitement par le disulfirame d'une cure de dégoût à l'apomorphine qui jouerait un rôle déterminant en particulier chez les sujets dont l'intoxication est peu intellectualisée.

Nous avons surtout développé les différents moyens mis en oeuvre par la psychothérapie qui vise à déconditionner le toxicomane, mais aussi à traiter les troubles névrotiques acquis à la suite de l'intoxication ; et qui tend finalement à la consolidation des résultats par l'abstinence...

Post cure - Intérêt des mouvements d'anciens buveurs guéris.

Le médecin ne peut manquer de s'interroger avec quelque inquiétude sur la valeur des moyens dont il dispose, lorsqu'à sa sortie de l'hôpital, le malade va retrouver une "société hostile" qui encourage la production et la consommation d'alcool.

En réalité une aide efficace peut être apportée par les anciens buveurs guéris. Et nous pensons que l'on doit établir des liaisons avec un mouvement d'anciens buveurs guéris. Dans le service on connaît bien le mouvement " vie libre " très actif : " Une originalité de ma méthode consiste surtout dans le contact précoce - et que je juge essentiel - de mes malades avec " Vie Libre ". Les portes du service sont largement ouvertes à ses représentants. Les malades apprennent ce qu'est le mouvement. Ils

savent qu'en sortant de l'hôpital, ils ne seront plus seuls; mais qu'au contraire, ils auront repris confiance en eux-mêmes, grâce à des camarades qui, étant passés par les mêmes difficultés, sauront mieux que personne les comprendre et les aider. "

Dr R-M HAAS, interview accordée au journal V-L.

Vu: Le Président de Thèse

Vu: Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur MICHAUX

L. BINET

Vu et Permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

— 2 —

- P. FOUQUET : Névroses alcooliques - Encyclopédie
médico chirurgicale -Psychiatrie -
1955.
- J. LEREBoullet + La désintoxication alcoolique.
La revue du praticien 11-12-53
- H. Rouvillois et L.
DEROBERt : Le problème de l'alcoolisme en
FRANCE. La revue du praticien -
11-12- 53
- P. FOUQUET et
J. CLAVREUL : Une thérapeutique de l'alcoolisme.
Presses universitaires 1956
- J. LEREBoullet
et P. BENOIT : Le traitement du delirium tremens
par la réserpine.
La revue du praticien 21-5-57
- M. MAO : Contribution à l'étude de
l'alcoolisme chronique et de la
désintoxication alcoolique.
Thèse 1957.

